

Namn:		Personnummer:	
Eventuell partners namn och personnummer:			
Adress:			
Mobilnummer:		E-postadress:	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>		Om gift/sambo, är ni folkbokförda på samma adress? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Yrke/sysselsättning:		Längd: cm	Vikt: kg

Nuvarande och tidigare sjukdomar

	Nej	Ja		Nej	Ja
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression (medicinskt behandlad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt- eller lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buk- eller gynekologisk operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gulsot (hepatit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gynekologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sjukdom/operation i urinvägar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Underlivssjukdom (ex Klamydia, Gonorré, Prostatit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
Om ja, vilka?					
Tar du några mediciner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka?		Några allergier? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?		Vaccinerad utöver vaccinationsprogrammet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och mot vad?	

Vanor och risker

Röker du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, sedan hur länge?	Antal paket/ vecka
Snusar du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, sedan hur länge?	Antal dosor/ vecka
Dricker du alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, sedan hur länge?	Antal standardglas/ vecka
Använder du droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, vilka och sedan hur länge?	
Använder du eller har du använt anabola steroider/testosteronpreparat? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och hur länge?		
Har du varit i situationer där du riskerat blodsmitta? (t ex injektionsmissbruk) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har du under de senaste 3 månaderna fått blodtransfusion, tatuerat eller piercat dig eller fått akupunktur? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har du varit i situationer där du riskerat sexuellt överförd smitta? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har du råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse som har krävt sjukvård? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, kommentera:		
Har du vistats utomlands någon gång under de senaste 6 månaderna? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, var?		
Har du under den tiden vårdats eller arbetat inom sjukvård utomlands? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, var?		

VÄND



Kommer du eller dina föräldrar från, eller har du tidigare haft en intim relation med person från något av följande områden: Afrika, Syd-och Mellanamerika, Karibien, de små ögrupperna i Oceanien (Vanuatu, Solomonöarna m.fl), Rumänien, Iran eller Japan?
 Nej Ja Om ja, kommentera:

Etniskt ursprung:

Svara på de av följande frågor som är relevanta för dig:

Mensintervall? (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
Datum för senaste mens:	Har du använt ägglossningstest? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Är du behandlad för cellförändringar? (Koniserad) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilket år?		Datum för senaste cellprov:	
Har du haft påssjuka? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hade du svår testikelsvullnad?			
Ange följande i nuvarande relation: Hur länge har ni försökt få barn?			
Antal graviditeter:	Antal barn: Födda år:	Antal missfall:	Antal aborter:
Ange följande i tidigare relation:			
Antal graviditeter:	Antal barn: Födda år:	Antal missfall:	Antal aborter:
Ange följande som ensamstående:			
Antal graviditeter:	Antal barn: Födda år:	Antal missfall:	Antal aborter:
Var eventuell graviditet och förlossning normal? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om nej, på vilket sätt?			
Har du tidigare genomgått någon utredning eller behandling vid barnlöshet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och vid vilken klinik? Antal gånger?			
Bedömdes spermaprovet som normalt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			

Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss?

Hur fick du kännedom om vår klinik?
 Rekommendation Google Sociala medier Annonser Ladies Circle GoFrendly Annat

Jag intygar att jag förstått informationen om att befintlig smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren (den som avser att bära barnet) och eventuella barn vid fertilitetsbehandling. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.

Datum & namnteckning: